Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Arthur Ryssel,
Assistenzarzt aus Dresden

Halle a. d. S. 1920
Buchdruckerei des Waisenhauses

Ein Fall von angeborenem partiellen Riesenwuchs (Makrodaktylie).

In der Einleitung schildert Verfasser die normale Entwickelung der Extremitäten aus den Seitenfalten des Embryo (nach His).

Wird im Laufe der Entwickelung der normale Typus nicht innegehalten, so kommt es zur Mißbildung. Die angeborenen Mißbildungen der Hände lassen sich in folgender Weise gruppieren:

1. Zahlenanomalien der Finger selbst, also Mißbildung der Hand in querer Richtung: Polydaktylie, Syndaktylie, Spalthand.
2. Zahlenanomalien in den Phalangen der Finger, also Mißbildung der Hand in der Längsrichtung: Hyperphalangie, Hypophalangie, Ektrodaktylie.
3. Maßanomalien der Finger: Makrodaktylie, Mikrodaktylie.

Die Makrodaktylie kann sein

1. erworben bei Akromegalie und Ostéoarthropathie hypertrophiante,
2. angeboren a) bei allgemeinem Riesenwuchs ohne und mit krankhaften Veränderungen,
   b) bei partiellem Riesenwuchs.

In der Chirurgischen Poliklinik wurde folgender Fall mit angeborenem partiellen Riesenwuchs der Finger beobachtet: 10 Monate alter Knabe. Vorgeschichte ergab bei den Eltern, daß mütterlicherseits Psychosen in der Familie bestanden, Mißbildungen sind in der Familie nicht vorgekommen. Geburt des Kindes normal. Linker Zeigefinger war dabei schon so lang wie Mittelfinger und dicker als die übrigen Finger, die keine Besonderheit zeigten. Das

Grundglied des linken Daumens hatte nur Vorsprung nach der Hohlhand zu aufgewiesen. Nach einigen Wochen nahm der linke Zeigefinger eine schiefe Stellung mit der Richtung nach dem 5. Finger zu an. Er wurde länger und dicker. Im 4. Monate zeigte auch der linke Daumen Verdickung und bald darauf der ganze linke Arm. Der Befund zeigt eine dem Alter des Kindes entsprechende normale Entwickelung. Der linke Oberarm hat über der Mitte des biceps einen Umfang von 16 cm (rechts 12 cm), der linke Unterarm in seiner Mitte 14 cm (rechts $10^1/_2$ cm). Linker Daumen zeigt congenitale Luxation. Umfang um sein Grundgelenk l. $7^1/_2$, r. $4^1/_2$ cm, um sein Endgelenk l. $6^1/_2$, r. $3^1/_2$ cm. Zeigefinger steht in Valgusstellung im Winkel von 60^0 zur Senkrechten. Der 3. bis 5. Finger liegen wechselnd über oder unter ihm. Er hat fast die Größe des Zeigefingers von einem Erwachsenen, ist vom Grundgelenk aus gemessen 8 cm lang (rechter Zeigefinger $4^1/_2$ cm). Umfang um das Grundgelenk l. 8, r. $4^1/_2$ cm, um das Mittelgelenk l. 8, r. 3 cm, um das Endgelenk l. 7, r. $2^1/_2$ cm. Das Röntgenbild zeigt eine Vergrößerung der Metacarpi und Phalangen des Zeigefingers und des Daumens. Die Knochenkerne der Epiphysen des 2. linken Zeigefingers sind vorhanden. Verknöcherungsgrenze zeigt unregelmäßige rachitische Zackung. Schädelaufnahme ergibt keine Vergrößerung der sella turcica.

Aus der Literatur werden noch weitere 34 ähnliche Fälle und eine Zusammenstellung von Polaillon mit 43 Beobachtungen angeführt. Die einzelnen Finger waren verschiedentlich oft an der Erkankung beteiligt. Das zur Verfügung stehende Material führte folgendes Ergebnis herbei: Der 1. Finger war 13 mal, der 2. 21 mal, der 3. 28 mal, der 4. 11 mal und der 5. 8 mal an der Erkrankung beteiligt. 26 mal waren 1 Finger, 42 mal 2 Finger, 11 mal 3 Finger, 10 mal 4 und 5 Finger erkrankt.

Der folgende Abschnitt behandelt die pathologischen Veränderungen, die sich auf den Knochen, das Bindegewebe, das Fett, die Blut- und Lymphgefäße, die Haut, die Gelenke und eventuell auch auf die Nerven erstrecken.

Erblichkeit des Leidens wurde in 2 Fällen beobachtet.

Weiter wird auf die Aetiologie des Leidens eingegangen. Sie ist noch vollkommen in Dunkel gehüllt. Die Theorien lassen sich in 4 Gruppen einteilen:

1) Hypertrophie infolge congenitaler Anlage.
2) „ durch vermehrte Blutzufuhr u. Lymphstauung.
3) „ auf neuropathischer Grundlage.
4) „ durch Störung der inneren Sekretion.

Der letzte Abschnitt handelt davon, wie das Leiden therapeutisch zu beeinflussen ist: Innere Therapie ist nicht anwendbar. Komprimierende Einwickelungen haben nur vorübergehenden Erfolg. Stellungsanomalien sind orthopädisch zu beeinflussen. Operativ wären Resektionen, Excisionen der Epiphysen und Unterbindung der Arterien vorzuschlagen. Vor Amputationen ist zu warnen, da excessives Wachstum der zurückbleibenden Glieder beobachtet wurde.

Der Abhandlung ist ein ausführliches Literaturverzeichnis angefügt.